

Origines et description de la Psychothérapie interpersonnelle (PTI)

Origins and description of Interpersonal Psychotherapy (IPT)

Orígenes y descripción de la Psicoterapia Interpersonal (PTI)

Origens e descrição da Psicoterapia Interpessoal (PTI)

Jean Leblanc et Ursula Streit

Volume 33, numéro 2, automne 2008

La psychothérapie interpersonnelle

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/019667ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/019667ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Leblanc, J. & Streit, U. (2008). Origines et description de la Psychothérapie interpersonnelle (PTI). *Santé mentale au Québec*, 33(2), 31–47.
<https://doi.org/10.7202/019667ar>

Résumé de l'article

La Psychothérapie interpersonnelle a été développée au cours des années 1969-84 pour le traitement de la dépression. Elle est utilisée aujourd'hui pour un large éventail de pathologies et problématiques cliniques. Cet article décrit les bases empiriques qui ont conduit à l'élaboration de la PTI telle que nous la connaissons aujourd'hui, et donne un aperçu de ses caractéristiques de base. Il définit les différentes phases du traitement dans le cadre d'une telle approche. Les divers domaines problématiques (*focus*) sont énumérés et décrits et les techniques spécifiques utilisées dans le cadre de cette approche sont décrites sommairement. Enfin, la spécificité de la PTI par rapport aux autres approches classiques de psychothérapie est explicitée. La PTI est une approche psychothérapeutique dont l'efficacité reconnue repose sur des données probantes.



Origines et description de la Psychothérapie interpersonnelle (PTI)

Jean Leblanc*

Ursula Streit**

La Psychothérapie interpersonnelle a été développée au cours des années 1969-84 pour le traitement de la dépression. Elle est utilisée aujourd'hui pour un large éventail de pathologies et problématiques cliniques. Cet article décrit les bases empiriques qui ont conduit à l'élaboration de la PTI telle que nous la connaissons aujourd'hui, et donne un aperçu de ses caractéristiques de base. Il définit les différentes phases du traitement dans le cadre d'une telle approche. Les divers domaines problématiques (*focus*) sont énumérés et décrits et les techniques spécifiques utilisées dans le cadre de cette approche sont décrites sommairement. Enfin, la spécificité de la PTI par rapport aux autres approches classiques de psychothérapie est explicitée. La PTI est une approche psychothérapeutique dont l'efficacité reconnue repose sur des données probantes.

La Psychothérapie interpersonnelle a été développée au cours des années 1969-1984 pour le traitement de la dépression. Les études cliniques ont démontré son efficacité dans son traitement (Klerman et al., 1974), et les guides de pratique clinique publiés au cours des dernières années ont confirmé le rôle de la PTI dans le traitement de cette pathologie (American Psychiatric Association, 1993 ; Canadian Psychiatric Association and Canadian Network for Mood and Anxiety, 2001 ; Ellis, 2004). Son développement coïncide avec l'évolution des modèles contemporains de compréhension de la dépression. Elle est utilisée aujourd'hui pour un large éventail de pathologies et de problématiques cliniques.

De la dépression à la Dépression majeure

Les modèles explicatifs de la dépression ont oscillé entre une vision biologique de cette affection, appelée *endogène* ou *mélancolique*,

* Psychiatre, Professeur agrégé de clinique, Département de Psychiatrie, Université de Montréal, Clinique des troubles de l'humeur, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal.

** Ph.D., Ethnologue, Psychanalyste, Professeur agrégé, Département de Psychiatrie, Université de Montréal, Clinique des troubles de l'humeur, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal.

et une vision dite *psychologique*. Dans cette vision, l'apparition de symptômes dépressifs est conçue comme reliés à des facteurs intrapsychiques ou environnementaux (*dépression névrotique ou réactionnelle*). Ces divergences théoriques et idéologiques tiennent à la nature hétérogène de la dépression. Celle-ci se présente, avec des degrés de sévérité variable, de différentes manières : comme une affection temporairement limitée, ou comme une pathologie récurrente ou chronique, ou apparentée à une pathologie de la personnalité (*personnalité dépressive*), etc. Les approches thérapeutiques se basaient sur ces modèles conceptuels. Durant la première partie du XX^e siècle, les approches privilégiées étaient principalement des formes de psychothérapie d'orientation psychanalytique, les thérapies biologiques étant pratiquement inexistantes pour les formes courantes de dépression.

En 1957 sont apparus les premiers médicaments efficaces contre la dépression. L'expérience clinique acquise avec leur utilisation a suscité une attitude thérapeutique nouvelle, orientée vers le soulagement des *symptômes* de la dépression. Il y eut aussi la recherche d'une définition plus précise, plus objective et non reliée à un modèle particulier de compréhension de cette pathologie. Cette démarche, qui préconisait une définition basée sur une série de critères objectifs, a conduit à la description d'un syndrome spécifique auquel le DSM-III a donné le nom de Dépression majeure. On voulait distinguer cette pathologie des états moins définis de variabilité de l'humeur qui relèvent davantage du *mal de vivre*. Cette approche reconnaissait qu'on ne connaissait pas la *cause* de la Dépression majeure, mais plusieurs facteurs de risque qui pouvaient, dans une situation donnée, jouer dans des proportions variables dans la genèse d'un épisode dépressif. Ces facteurs de risque étaient d'ordre génétique, biologique, psychologique ou reliés à des facteurs d'environnement, ou à des événements de vie.

Genèse de la psychothérapie interpersonnelle

Même si la médication était perçue comme un moyen innovateur d'améliorer les symptômes de la dépression, son efficacité globale demeurait limitée. Il est donc apparu logique d'y adjoindre une approche de type psychosocial pour contrer les répercussions négatives de la dépression sur la qualité de vie, et sur les compétences sociales des sujets atteints. Dans ce contexte est née la psychothérapie interpersonnelle. Influencée par les travaux de Sullivan et Perry (1953), de Meyer et Winters (1957) et de Bowlby (1969), une équipe de chercheurs de l'université Yale dirigée par Gerald Klerman (Weissman, 2006) a défini les paramètres d'une forme de psychothérapie de soutien qui

serait à la fois efficace pour les symptômes de la dépression, et aurait des effets positifs sur le fonctionnement social du sujet. Après avoir démontré une efficacité pour traiter les symptômes de la dépression au cours d'un traitement de maintien de huit mois (Klerman et al., 1974), cette thérapie a été testée dans des essais cliniques chez des patients présentant une phase aiguë de dépression. Elle s'est révélée au moins aussi efficace que la médication antidépressive et la thérapie cognitive (Elkin et al., 1989).

Au cours des ans, plusieurs études ont démontré l'existence d'une relation étroite entre la dépression, les événements de vie, les stressseurs, le soutien social et les mécanismes de « coping ». Ces études ont amené les cliniciens et chercheurs à considérer les stressseurs associés à des événements de vie comme susceptibles de contribuer au déclenchement d'un épisode de Dépression majeure (Kendler et al., 2002), même si la relation entre les deux demeure complexe. Plusieurs facteurs contribuent à cette complexité : un stressseur donné a un impact différent sur les sujets, selon le contexte dans lequel il survient ; certains événements de vie pathogènes sont indépendants du sujet, alors que d'autres découlent de la survenue répétitive d'épisodes antérieurs. Il existe également des stressseurs chroniques dont l'impact est difficile à mesurer de façon objective (Coyne et Downey, 1991).

La relation entre la dépression et le soutien social est aussi complexe car diverses formes de soutien social ont un effet protecteur contre la dépression. Les études ont soulevé l'importance de la qualité du support objectivement observé ou du support tel que perçu par le sujet. Les divers types de liens sociaux (familiaux, maritaux, professionnels, etc.) n'ont pas nécessairement le même impact — positif ou négatif — selon la qualité de ces liens.

Au lieu de choisir entre les diverses données parfois contradictoires, la psychothérapie interpersonnelle a choisi d'intégrer ces divers éléments dans les stratégies utilisées dans le déroulement de la PTI.

Description de la PTI

Au début, la psychothérapie interpersonnelle a été étudiée dans le traitement de la Dépression majeure. Par la suite elle a subi des modifications pour l'adapter à diverses autres problématiques cliniques (Markowitz, 2006 ; Stuart et Robertson, 2003 ; Weissman, 2000 ; Stuart, 2007 ; Swartz, 2007). En dépit de ces changements dans les approches, ses caractéristiques fondamentales demeurent essentiellement les mêmes. Pour fins de clarté, l'approche de la PTI pour la dépression sera plus spécifiquement abordée dans cet article.

La PTI est une thérapie limitée dans le temps (en général, 12-16 séances hebdomadaires dans le traitement de la phase aiguë), avec pour objectif l'atténuation ou la disparition des symptômes dépressifs présents dans la phase symptomatique de la Dépression majeure. La PTI considère que la dépression est une maladie reliée à divers facteurs de risque et de vulnérabilité (génétiques, psychologiques, développementaux, environnementaux, etc.). Elle postule aussi que dans le tableau clinique, ces facteurs sont intriqués à des aspects interpersonnels ou sociaux. Enfin, la PTI soutient qu'intervenir sur ces facteurs relationnels améliore le tableau clinique d'ensemble de la dépression.

Comme dans toute psychothérapie à durée déterminée, le contenu de la thérapie concerne les aspects de vie contemporains du sujet déprimé. Les éléments de vie antérieurs et les aspects intrapsychiques de la problématique dépressive sont abordés mais l'attention clinique n'est pas centrée sur ces aspects. Une ou des *cibles* du traitement sont proposées au cours des premières séances, et le thérapeute et le patient conviennent d'orienter la thérapie en fonction de l'une d'elles. Le patient et le thérapeute sont relativement actifs dans le déroulement du traitement (Klerman et al., 1984).

Cette approche a un objectif à plus long terme. Elle vise à prévenir d'éventuelles rechutes symptomatiques et à éloigner la survenue de nouveaux épisodes dépressifs, vu la nature hautement récurrente de cette pathologie. Cet objectif est réaliste, car la PTI a un impact positif en termes de prévention, d'amélioration des modes de communication et de la qualité des liens d'attachement.

Phases du traitement

Trois phases tissent la trame du traitement. Nous les définissons en fonction des objectifs recherchés par la PTI (Klerman et al., 1984).

Phase initiale (séances 1 à 3-4)

Cette phase débute par l'évaluation des critères pour suivre une PTI. Comme celle-ci est une psychothérapie à court terme qui se déroule dans un contexte de traitement externe et non intra-hospitalier, la PTI est utile pour des pathologies d'intensité légère à modérée chez des sujets qui possèdent certaines caractéristiques psychologiques, permettant un investissement personnel dans le processus thérapeutique. Par exemple, on privilégiera cette approche si un contexte interpersonnel apparaît relié à la dépression. Dans cette optique, une dépression purement *endogène* serait une indication moins appropriée. Parfois, même si la PTI est indiquée, il faudra faire des aménagements importants à l'approche

classique de la PTI (voir article de Swartz dans ce numéro) comme dans le cas d'une dépression bipolaire.

Trois éléments font l'objet d'une attention au cours de cette phase :

1. Évaluation de la dépression : le clinicien fait un inventaire précis de la symptomatologie dépressive, formule un diagnostic médical et il donne des explications sur la dépression entre autres sur les traitements possibles, la raison du choix de la PTI, la pertinence ou non d'une médication, etc. Si la dépression est vue comme une affection médicale, le clinicien peut justifier une modification temporaire dans les activités et les rôles du sujet jusqu'à ce que leur amélioration permette leur reprise (le *rôle de malade*) (Parsons, 1951) ;
2. Les aspects relationnels et contextuels reliés à la dépression sont évalués minutieusement. L'*Inventaire interpersonnel* effectuée insiste sur les liens relationnels qui semblent coïncider avec le début de la dépression, sans négliger la recherche des autres liens significatifs actuels du sujet. Il est approprié d'investiguer les liens passés pertinents, dans la mesure que l'investigation améliore la compréhension du tableau clinique actuel. Cette investigation analyse pour chaque personne mentionnée par le sujet, la qualité du lien, les attentes par rapport à cette relation et les attentes réciproques du partenaire mentionné, les aspects satisfaisants ou non dans la relation et les aspects que le sujet voudrait modifier dans cette relation ;
3. Cet inventaire et l'exploration des événements reliés au début de l'épisode déterminent la *cible* du traitement. Ils précisent en effet le *principal domaine problématique* qui, dans la vie du patient, apparaît le plus étroitement relié à la genèse de sa dépression. Dans cette optique interpersonnelle, les grands thèmes habituellement repérés, ou les principaux domaines problématiques, sont les suivants :
 - a. Les *deuils pathologiques* (décès de personnes significatives ; un changement de vie important vécu symboliquement comme un deuil sera considéré comme une *transition de rôle*) ;
 - b. Les *conflits interpersonnels* dans divers secteurs de vie (couple, famille, travail, etc.) ;
 - c. Les *transitions de rôle difficiles* : événements pénibles comme le divorce, la perte d'un emploi ; la survenue d'une maladie incapacitante ; le départ des enfants de la maison ; le déménagement, le changement de situation financière ;

- d. *Les déficits interpersonnels* (ou *sensibilité interpersonnelle*) qui entraînent une diminution des compétences sociales, l'isolement ou l'appauvrissement au niveau des relations humaines.

Ces thèmes ne sont pas mutuellement exclusifs. Plusieurs secteurs sont considérés comme liés à la dépression, mais la centration du traitement sur un nombre restreint de cibles est habituellement suivie d'une évolution plus favorable.

Le psychothérapeute introduit la phase intermédiaire par une *formulation interpersonnelle*. Celle-ci présente au sujet, en condensé, sa compréhension du complexe situationnel associé à la genèse de l'épisode dépressif. Il situe la problématique dans l'un des quatre thèmes précédents. Il décrit les objectifs du traitement en identifiant les changements envisageables avec réalisme dans le cadre du travail psychothérapeutique. Cette description vise à développer des outils pour mieux maîtriser les symptômes dépressifs émergents et à les prévenir. Un contrat thérapeutique est défini, lequel décrit le nombre, la durée et la fréquence des séances, les honoraires, la question des séances manquées et le rôle attendu du patient dans le déroulement des séances.

Phase intermédiaire (séances 4 à 12 environ)

Cette phase représente la portion thérapeutique proprement dite. Toutefois les trois phases sont étroitement tissées pour éviter un découpage artificiel du cheminement du traitement.

Certains principes généraux prévalent quel que soit le domaine choisi. Ces principes se basent sur un substrat conceptuel fondé sur les points suivants : le type d'attachement, la qualité des aspects relationnels et psychosociaux et les mécanismes de *coping* (souvent dépendants de la qualité des modes de communication du sujet) sont aussi bien protecteurs que pathogènes selon leur mode d'expression. En se basant sur ce substrat, le thérapeute apporte une attention particulière à ces aspects au cours de l'évolution de la thérapie.

Ce dernier insiste également sur l'importance de la réactivation de la capacité de retrouver un sentiment de satisfaction et de plaisir dans les menues expériences relationnelles quotidiennes. Cette insistance est fondamentale pour retrouver la capacité de relations positives avec soi-même et avec les autres, et pour contrer une tonalité dépressive parfois tenace.

Pour développer un sentiment de maîtrise des symptômes, chaque séance débute par une question sur le niveau symptomatique et sur les événements survenus dans la semaine précédant la séance. Ce rituel rend perceptible et significatif le lien entre la fluctuation de la dépression et les événements, et développe un sentiment de plus grande maîtrise des symptômes dépressifs.

Durant cette phase, une plus grande initiative est laissée au patient dans le choix des sujets abordés. Mais le thérapeute demeure attentif à ne pas perdre de vue les objectifs recherchés. Selon le domaine problématique en cause, des stratégies spécifiques sont appliquées.

Le deuil pathologique

Le deuil pathologique est une déviation du phénomène normal de deuil. La réaction consécutive au deuil est intense, retardée ou travestie en symptômes qui sont à première vue différents de ceux de la dépression. La dépression qui en découle est souvent incapacitante et vécue par le sujet endeuillé comme insurmontable vu que la relation perdue idéalisée est considérée comme irremplaçable.

Faciliter la résolution du deuil et aider le sujet à rétablir une nouvelle capacité de recréer des liens et des intérêts nouveaux sont les objectifs du traitement. Les premières séances sont consacrées à l'expression des émotions reliées à la perte, au soutien du patient qui vit une douleur irréparable et se fait des reproches à propos de cette perte, etc.

Une partie importante du travail thérapeutique est consacrée à la description des circonstances du décès, à la reconstitution détaillée de la relation avec la personne décédée, à l'évolution de cette relation et aux affects qui y sont associés dans le temps. Souvent une ambivalence surgit à la suite de cette analyse. Tout en acceptant cette expression de sentiments négatifs parfois intenses, le thérapeute, aide le patient à intégrer ces affects aussi excessifs que les sentiments d'idéalisation rapportés dans un premier temps.

Le thérapeute encourage des changements d'attitude, l'expression des affects qui en découlent et le partage de l'expérience du décès avec des proches. Ces changements touchent les comportements reliés aux souvenirs reliés au défunt (photos, vêtements, bijoux), et les attitudes de retrait vis-à-vis la création de liens nouveaux. Essentiellement, le thérapeute assiste le patient à passer progressivement à un redéploiement vers autrui de ses contacts relationnels, figés jusque-là dans une intimité morbide avec l'image du défunt.

Les conflits interpersonnels

Les conflits reliés à la dépression provoquent des tensions ou des stress importants, au point où le sujet se sent dépassé par ces situations. Ces conflits se situent souvent au travail, ou au sein de la vie de couple et de famille. Il est important dans un premier temps de déterminer le stade du conflit (*renégociation, impasse ou dissolution*):

- *Renégociation*: le sujet désire modifier la situation conflictuelle, mais ses tentatives de solution ont été inefficaces ou inappropriées, à cause d'une vision incomplète des enjeux ou en raison de maladresses dans le style de communication avec autrui. La revue détaillée du contexte dans lequel se situe le conflit, complétée par l'inventaire interpersonnel déjà effectué ou en cours, met en lumière les zones où des changements sont possibles. Certaines techniques spécifiques décrites plus loin sont particulièrement indiquées, notamment l'analyse de la communication et l'analyse décisionnelle. Cette dernière technique diffère de l'approche cognitive du même nom: elle met davantage l'accent sur les aspects relationnels et sur les styles de communication utilisés par le sujet.
- *Impasse*: c'est une situation conflictuelle qui perdure, et pour laquelle le sujet n'arrive pas à imaginer une résolution possible, trouvant certains intérêts à maintenir cette relation. On a décrites ces situations comme des unions refroidies ou des situations de guerre froide. Le sujet souffre de la relation, s'en plaint, mais ne trouve pas d'issue autre que l'expectative illusoire qu'un événement surviendra un jour et règlera le problème. La résolution de telles impasses est difficile. Elle implique de modifier l'attitude défaitiste du patient face à ce qu'il voit comme une peine imposée par la vie, et l'amener à choisir la renégociation au lieu de l'impasse. Le changement requis par cette option entraîne une période de déséquilibre dans cette relation/situation pénible mais stable. Le progrès est lent, incertain. Le thérapeute cherche dans l'histoire du patient (par exemple, une personne choisit toujours des partenaires violents), voire même dans le comportement du patient dans la thérapie, des patterns de comportement analogue, pour amorcer un processus de changement. Il arrive que le choix thérapeutique consiste à trouver le meilleur accommodement possible à cette situation considérée comme irréductible. Ce choix délibéré est fait par le patient, et fait à tout le moins évoluer ce dernier d'une position passive et attentiste à une position, plus active,

davantage porteuse d'un meilleur pronostic. La thérapie permet alors au sujet d'établir le meilleur équilibre relationnel possible, compte tenu des circonstances. Si l'approche qui vise à renégocier la relation n'apparaît pas possible, il y a probablement lieu d'envisager la seule solution de la *dissolution* de la relation. Le travail thérapeutique est modifié puisque la situation problématique n'est plus le conflit, mais un changement de vie important, une *transition de rôle difficile*.

- *Dissolution* : la relation a atteint un point de non-retour et la résolution de la situation conflictuelle implique de mettre un terme à cette relation. Comme pour l'*impasse*, cette issue est acceptée dans le contexte thérapeutique après avoir examiné attentivement les options possibles dont celle de la *renégociation*. Le travail psychothérapeutique met alors en place des outils qui permettent de franchir cette étape difficile de vie, compte tenu du fait que la situation est vécue dans un contexte de symptomatologie dépressive.

Les transitions de rôle difficiles

Sous cette appellation, on inclut un vaste ensemble de changements dans l'existence, qui ont en commun d'être vécus comme une perte par rapport à la situation qui prévalait avant le changement. Ce sont des événements pénibles comme un divorce, une perte d'emploi ; la survenue d'une maladie incapacitante ; le départ des enfants de la maison ; un déménagement ; un changement de situation financière, etc. Des changements souhaités, habituellement vus comme positifs (par exemple, une promotion) entrent dans cette catégorie s'ils sont vécus comme une perte importante (de sécurité, de repères sociaux) par rapport à la situation antérieure.

Les stratégies de traitement sont analogues à celles utilisées dans le deuil pathologique. Les objectifs du traitement portent sur l'acceptation de la perte de l'ancien rôle, sur le développement d'une vision plus positive du nouveau rôle et sur la restauration d'une estime de soi. Ces changements se font à mesure que se développe un nouveau sentiment de maîtrise par rapport aux exigences du nouveau rôle. Les stratégies utilisées relient la dépression à la difficulté de s'adapter à un changement récent. Une évaluation détaillée et objective de l'ancien rôle est faite, l'expression des émotions reliées à la perte est encouragée et discutée, le nouveau rôle revu avec réalisme. On encourage aussi le rétablissement de réseau social et l'acquisition de nouvelles compétences sociales en rapport avec le nouveau rôle.

Les déficits interpersonnels (ou sensibilité interpersonnelle)

On regroupe sous ce vocable un ensemble de diverses situations dans lesquelles la dépression est reliée à un réseau social pauvre, ou à un ensemble d'inhibitions psychologiques de longue date qui amènent le sujet à restreindre progressivement ses liens sociaux. On peut être en présence de personnalité évitante ou schizoïde, ou de tout autre complexe de personnalité qui résultent en une incapacité d'établir ou de maintenir des liens significatifs avec autrui. Il s'agit de dépression liée à un mode relationnel qui existe de longue date et non à un stressor contemporain. Les auteurs favorisent l'emploi des termes *sensibilité interpersonnelle*, qui décrivent mieux la problématique en cause, et qui véhicule une connotation moins négative que le terme de *déficit*. L'accent du traitement est mis sur la réduction de l'isolement social et le développement de nouvelles relations. Les stratégies utilisées portent sur l'analyse détaillée des relations actuelles et passées, les affects reliés à ces relations, et les patterns de comportement en rapport avec ces personnes. Vu la pauvreté des liens sociaux, il est utile de prendre en compte le mode relationnel du patient dans le cadre psychothérapeutique comme un exemple des autres modes relationnels du patient. Le développement progressif et prudent (en raison de la sensibilité *interpersonnelle*) de nouveaux liens est considéré comme une modalité, étalée sur une plus longue période, d'une transition de rôle. Des stratégies analogues sont aussi envisagées dans le contexte d'un cheminement vers le développement de nouvelles compétences sociales. Cette problématique représente un défi thérapeutique, et elle véhicule un pronostic plus réservé que celui des autres trois domaines problématiques. On recommande de choisir ce focus seulement si les autres options ne sont pas possibles.

Phase finale (séances 12 à 16 environ)

Les dernières séances complètent à la fois le travail de thérapie et introduisent le thème de sa terminaison. Essentiellement, c'est mettre un terme à un processus relationnel orienté vers un but, et utiliser les outils propres à la PTI pour permettre cette *transition de rôle*. Le patient assume cette transition en passant du rôle d'une personne en difficulté à celle d'une personne qui a acquis des outils pour faire face à ces mêmes difficultés.

Un bilan est fait. Il explicite les progrès accomplis, les nouveaux outils acquis au cours de la thérapie et en passe en revue les situations problématiques susceptibles de survenir et les façons d'y faire face. On précise avec le sujet qui contacter (lien social ou professionnel), et quelle attitude avoir en face d'une situation donnée, etc.

Lorsque les dernières séances approchent, on observe souvent une réapparition des symptômes dépressif ou anxieux chez le sujet. C'est l'occasion de relier ces symptômes à la fin de la thérapie, d'aider le sujet à les mesurer objectivement et à mettre en place les stratégies apprises.

Dans le cas d'une dépression récurrente (trois épisodes ou plus), on considère un prolongement de la PTI dans le cadre d'une phase d'entretien (la fréquence des séances est diminuée dans cette phase) d'une durée de quelques années.

Si la réponse thérapeutique est insuffisante, on envisage un prolongement de la psychothérapie, ou la poursuite du traitement dans un contexte différent : intensification du traitement pharmacologique ou référence à une autre approche psychothérapeutique. Dans ce dernier cas, il est souhaitable de faire une pause de quelques mois, ce qui permet d'évaluer plus objectivement la nécessité d'une nouvelle forme de psychothérapie.

Techniques spécifiques

Un pré-requis à l'utilisation de techniques spécifiques est la mise en place d'une relation thérapeutique significative qui demeure le fondement de toute démarche de ce type, quelle que soit son orientation théorique. La conduite d'une psychothérapie interpersonnelle présuppose une solide formation de base à la psychothérapie en général.

Par ailleurs, les techniques utilisées dans le déroulement d'une PTI sont les mêmes ou portent le même nom que les techniques couramment décrites dans d'autres formes de psychothérapie, notamment les thérapies psychodynamiques. Ces techniques ne sont pas propres à la PTI. L'essentiel de la PTI comprend l'utilisation de stratégies définies pour les principaux domaines problématiques. Les techniques sont adaptées au but visé par ces stratégies. Une différence notable est que la PTI vise, entre autres, le traitement d'un épisode dépressif au lieu de l'introspection et de la connaissance de soi.

Chaque psychothérapie interpersonnelle entreprise requiert une combinaison spécifique de techniques adaptées à la problématique du patient. Généralement, un éventail de techniques, des plus exploratoires au plus « intrusives », est utilisé, assez souvent dans l'ordre suivant :

1. *Techniques exploratoires*, ouvertes ou directives qui sont utilisées dans la phase initiale et chaque fois qu'un domaine problématique est considéré ;
2. *Utilisation de l'affect*. Cette technique est utilisée selon plusieurs volets. Il est important pour le patient de prendre

conscience des affects, positifs ou négatifs, associés aux événements ou au contexte relationnel. Il est également important d'apprendre à aménager certains affects particulièrement intenses ou pénibles qui sont associés à des situations données, comme dans certains deuils compliqués. Une meilleure reconnaissance des affects reliés au contexte individuel permet d'apprendre à tolérer des situations qui ne peuvent être changées. Elle permet aussi d'amorcer des changements qui sont requis dans le travail thérapeutique d'atténuation des stressors susceptibles de produire ou de maintenir une dépression ;

3. *Clarification.* Ce procédé met en concordance la description faite par le patient et la compréhension qu'en a le thérapeute. Ce procédé permet au patient d'avoir un meilleur insight sur ce qu'il apporte comme matériel clinique, et fournit au thérapeute et au patient un levier éventuel pour solutionner une situation problématique ;
4. *Analyse de la communication.* Cruciale dans le déroulement d'une PTI, cette technique aide le patient à identifier ses modes de communication, à reconnaître sa contribution au problème de communication, et à modifier son mode de communication en fonction de la situation et des personnes en cause. Un des aspects de l'analyse de la communication permet au sujet de vérifier si :
 - a. Le message qu'il a voulu transmettre l'a effectivement été ;
 - b. La compréhension qu'il s'est faite d'un message reçu correspond à l'intention du communicateur ;
 - c. Le type de communication utilisée comporte des messages indirects, transmis par des sous-entendus ou par des allusions imprécises, des périodes de retrait ou de mutisme, des expressions sarcastiques, etc.

Cette technique est basée sur la description minutieuse d'une situation conflictuelle. Elle comprend une analyse de l'affect associé à cette situation spécifique, puisque l'affect est étroitement associé au contenu et à la forme de la communication.

5. *L'utilisation de la relation thérapeutique* (et non pas l'analyse de la relation). Le lien établi par le patient au cours des séances et son comportement face à la thérapie donnent un aperçu, *in vivo*, de ses modes relationnels habituels. Cette connaissance est utilisée dans le travail thérapeutique lorsque des situations

problématiques sont évoquées au cours des séances, et qu'il importe d'aider le patient à discuter à fond ces aspects. Elle est également utile dans la formulation d'hypothèses sur les problèmes de communication du patient. Par ailleurs, on peut rencontrer des situations où, à l'intérieur de la relation thérapeutique, les comportements du patient entravent le déroulement du traitement (par exemple, une hostilité ouverte ou voilée, des séances manquées). Dans un premier temps, il faut envisager cette difficulté comme un symptôme de la dépression. Si nécessaire, la situation est davantage examinée, et le patient est invité à exprimer librement ses affects, ses frustrations ou insatisfactions relatives à la thérapie ou au thérapeute. Clarifier dans quelle mesure le mécontentement manifesté au thérapeute ne concerne pas une personne dans la vie extérieure du patient est aussi fait. Dans l'application de cette technique, la relation actuelle est l'objet d'observation et de discussion; il n'y a pas, comme dans les thérapies psychodynamiques, d'analyse du transfert proprement dit, c'est-à-dire de la relation actuelle vue comme projection d'une relation archaïque autre.

6. *Modification des comportements et en particulier, analyse décisionnelle.* Cette dernière technique est utilisée différemment en PTI qu'en thérapie cognitivo-comportementale. Si le patient choisit dans ses rôles sociaux des solutions souvent inappropriées pour aménager une situation problématique, ce phénomène est considéré soit comme un symptôme de la dépression, soit comme un comportement susceptible d'induire des situations pénibles potentiellement dépressogènes. Dans tous les cas, le développement de modalités décisionnelles plus adéquates chez le patient est susceptible de modifier de façon positive l'interaction avec le réseau social, qui devient plus soutenant.

Cette liste n'est pas exhaustive. Un psychothérapeute d'expérience possède une gamme de techniques qu'il introduit selon la nécessité clinique. Mais la stratégie au sein de laquelle une technique donnée est utilisée demeure spécifique à la PTI.

Conclusion

La psychothérapie interpersonnelle a été développée à une époque privilégiée où les conceptions traditionnelles de la dépression étaient remises en question pour faire place à une compréhension davantage

multifactorielle. Ses fondements théoriques et l'approche spécifique qui en a découlé reflètent cette diversité conceptuelle.

Outre les modèles biologiques, les modèles prévalant à l'époque des premières élaborations de la PTI étaient représentés par les modèles psychodynamiques, comportementaux, cognitifs et sociaux. Pour leur part, les premiers artisans du développement de la PTI se sont inspirés des modèles interpersonnels (H. S. Sullivan), biopsychosociaux (A. Meyer) et de la théorie de l'attachement (J. Bowlby). Ces modèles théoriques se sont plus tard enrichis par les apports des théories de la communication et des développements ultérieurs de la théorie de l'attachement.

Par rapport à d'autres approches, un des aspects de la spécificité de la PTI est sa durée prédéterminée, relativement courte, et orientée vers une ou deux cibles thérapeutiques précises. L'attention est dirigée vers les expériences de vie contemporaines du sujet, et sur les éléments interpersonnels et contextuels au lieu des éléments intrapsychiques.

L'objectif thérapeutique est centré sur les modifications symptomatiques et sur les changements à faire dans le réajustement interpersonnel et social. Les facteurs qui facilitent le changement sont doubles : 1) la reconnaissance des aspects incapacitants de la dépression et la nécessité de respecter le cas échéant, les contraintes imposées par la maladie. Le but stratégique est de retrouver dans la thérapie la capacité de former ou de reformer des liens sociaux protecteurs, et de retrouver la capacité de plaisir, vue comme protectrice contre la dépression ; 2) les modifications d'attitude et de comportements du patient ont pour visée de restituer à l'environnement personnel du patient sa vertu de protection, devenu pathogène au cours de la maladie.

Ces éléments, et le fait d'avoir été liée dans son développement à des milieux académiques et de recherche qui ont constamment validé son efficacité comme approche thérapeutique de la dépression et d'autres entités psychopathologiques, ont contribué à la rapide expansion de la PTI. Ces éléments ont aussi contribué à la reconnaissance de son utilité dans les guides de pratique clinique reconnus.

Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1993, Practice guideline for major depressive disorder in adults, *American Journal of Psychiatry*, 150, 4 (Suppl), 1-26.
- BOWLBY, H., 1969, *Attachment and Loss*, Basic Books, New York.

- CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY, 2001, Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, *Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie*, 46, Suppl 1, 5S-90S.
- COYNE, J. C., DOWNEY, G., 1991, Social factors and psychopathology : stress, social support, and coping processes, *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- ELKIN, I., SHEA, M. T., WATKINS, J. T., IMBER, S. D., SOTSKY, S. M., COLLINS, J. F., GLASS, D. R., PILKONIS, P. A., LEBER, W. R., DOCHERTY, J. P., 1989, National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments, *Archives of General Psychiatry*, 46, 11, 971-982.
- ELLIS, P., 2004, Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 6, 389-407.
- KENDLER, K. S., GARDNER, C. O., PRESCOTT, C. A., 2002, Toward a comprehensive developmental model for major depression in women, *American Journal of Psychiatry*, 159, 7, 1133-1145.
- KLERMAN, G. L., DIMASCIO, A., WEISSMAN, M., PRUSOFF, B., PAYKEL, E. S., 1974, Treatment of depression by drugs and psychotherapy, *American Journal of Psychiatry*, 131, 2, 186-191.
- KLERMAN, G. L., WEISSMAN, M. M., ROUNSAVILLE, B. J., CHEVRON, E. S., 1984, *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, Basic Books, New York.
- MARKOWITZ, J. C., 2006, Adaptations of interpersonal psychotherapy, *Psychiatric Annals*, 36, 8, 559-564.
- MEYER, A., WINTERS, E. E., 1957, *Psychobiology, A Science of Man*, Charles C. Thomas, Springfield, IL.
- PARSONS, T., 1951, Illness and the role of the physician: a sociological perspective, *American Journal of Orthopsychiatry*, 21, 3, 452-460.
- STUART, S., ROBERTSON, M., 2003, *Interpersonal Psychotherapy: a Clinician's Guide*, Arnold, London.
- SULLIVAN, H. S., PERRY, H. S., 1953, *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, Norton, New York.
- WEISSMAN, M. M., 2006, A brief history of Interpersonal Psychotherapy, *Psychiatric Annals*, 36, 8, 553-557.
- WEISSMAN, M. M., MARKOWITZ J. C., KLERMAN G. L., 2000, *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Basic Behavioral Science Books, New York.

WEISSMAN, M. M., MARKOWITZ, J. C., KLERNAN, G. L., 2006, *Guide de psychothérapie interpersonnelle* (traduction française de *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, 2000, Basic Books), Trad. Patry, S. et al., Aquarium Media, Montréal.

ABSTRACT

Origins and description of Interpersonal Psychotherapy (IPT)

Interpersonal Psychotherapy was developed in the years 1969-84, specifically at that time, for the treatment of depression (later called Major Depression). Today, its indications have been extended to numerous other clinical syndromes and situations. This article describes the empirical basis on which IPT was developed until it evolved to its current format. A description of the phases of treatment is presented and the four problem areas commonly encountered in IPT are more explicitly detailed. Several techniques utilized in the course of this treatment are enumerated and the strategy underlying their usage is explained. IPT is an evidence-based psychotherapy and a clarification is made about its specificity, compared to other commonly used forms of psychotherapy.

RESUMEN

Orígenes y descripción de la Psicoterapia Interpersonal (PTI)

La Psicoterapia Interpersonal fue desarrollada en el curso de los años 1969-84 para el tratamiento de la depresión. Actualmente es utilizada en una amplia gama de patologías y problemas clínicos. Este artículo describe las bases empíricas que han llevado a la elaboración de la PTI tal como la conocemos actualmente y proporciona un repaso de sus características de base. Define las diferentes fases del tratamiento en el marco de dicho enfoque. Se enumeran y describen los diversos ámbitos problemáticos (*focos*) y se describen someramente las técnicas específicas utilizadas en el marco de este enfoque. Finalmente, se hace explícita la especificidad de la PTI con respecto a los otros enfoques clásicos de la psicoterapia. La PTI es un enfoque psicoterapéutico en el que la eficacia reconocida se basa en los datos probantes.

RESUMO

Origens e descrição da Psicoterapia Interpessoal (PTI)

A Psicoterapia Interpessoal foi desenvolvida durante os anos 1969-1984 para o tratamento da depressão. Ela é utilizada atualmente

para uma grande variedade de patologias e problemáticas clínicas. Este artigo descreve as bases empíricas que conduziram à elaboração da PTI como conhecida atualmente, e dá uma visão geral de suas características básicas. Ele define as diferentes fases do tratamento dentro de tal abordagem. As diversas áreas problemáticas (*focus*) são enumeradas e descritas e as técnicas específicas utilizadas dentro desta abordagem são descritas sumariamente. Finalmente, a especificidade da PTI em relação às outras abordagens clássicas da psicoterapia é explicitada. A PTI é uma abordagem psicoterapêutica cuja eficácia reconhecida repousa em dados probantes.